

DEPARTMENT OF BENEFIT PAYMENTS

744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 322-5330



March 12, 1976

ALL-COUNTY LETTER NO. 76-49

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: AVAILABILITY OF WR 2 IN SPANISH

REFERENCE:

Attached is a copy of the Spanish translation of Form WR 2 (Statement of Facts Supporting Eligibility for Assistance). We have asked the state printer to expedite printing of the form and anticipate having supplies available during the month of April. You will be notified of availability via Notice of Forms Change.

Your questions or comments should be directed to your AFDC Management Consultant at (916) 445-4458.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads "Kyle S. McKinsey".

KYLE S. MCKINSEY
Deputy Director

Attachment

cc: CWDA

DECLARACIÓN DE HECHOS QUE APOYAN LA ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA O AYUDA

FORMULARIO OBLIGATORIO NO SE PERMITEN SUBSTITUTOS

Favor de escribir en letra de molde con tinta.

1 NOMBRE DEL SOLICITANTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE) _____ NOMBRE DE SOLTERA _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN POSTAL (DIRECCIÓN A DONDE EL PAGO DE AYUDA DEBE SER ENVIADO - NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, ZIP CODE) _____

DIRECCIÓN DE LA CASA (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR). SI UD. TIENE UNA CASA SIN NÚMERO EN UNA CALLE DE LA CIUDAD, DÉ LAS INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU CASA Y ACOMPÁÑELAS CON UN MAPA. _____

2 **HAGA LISTA DE TODAS LAS PERSONAS POR LAS CUALES UD. PIDE AYUDA.**
 Incluya cualquier padre(s), hijos solteros que tienen menos de 21 años o no nacidos aún, y los parientes guardianes necesitados.

NOMBRE (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	Fecha de Nacimiento M/D/Año	Lugar de Nacimiento Ciudad/Estado	Sexo M/F	COMPLETE PARA LOS HIJOS SOLAMENTE NOMBRE DE LOS PADRES (MO - Madre) (FA - Padre) (Apellido, nombre e inicial)	Se Necesita Ayuda Porque El Padre-Madre (✓)			
						Ha Muerto	Está Incapacitado(a)	Está Desempleado(a)	Está Ausente
DEL SEÑOR	- -	/ /							
DE LA SEÑORA	- -	/ /							
DE LOS HIJOS SOLTEROS	- -	/ /			MO				
					FA				
	- -	/ /				MO			
						FA			
	- -	/ /				MO			
						FA			
	- -	/ /				MO			
						FA			
	- -	/ /				MO			
						FA			
	- -	/ /				MO			
						FA			
	- -	/ /				MO			
						FA			
	- -	/ /				MO			
						FA			
- -	/ /				MO				
					FA				

3 **HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS HIJOS SOLTEROS QUE NO VIVEN EN LA CASA POR LOS CUALES UD. ESTÁ PIDIENDO ASISTENCIA O AYUDA.** (Dé nombres, direcciones y las razones de vivir fuera de la casa u hogar.)

4 **HAGA UNA LISTA DE LAS DEMÁS PERSONAS (amigos, parientes, guardianes innecesitados) QUE VIVEN EN SU CASA U HOGAR.**

NOMBRE (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	Fecha de Nacimiento M/D/Año	Lugar de Nacimiento Ciudad/Estado	Sexo M/F	PARENTESCO CON LOS MUCHACHOS	¿TIENE INGRESOS ESTA PERSONA?	
						SI	NO
	- -	/ /				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	- -	/ /				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	- -	/ /				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	- -	/ /				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE

Devuélvase este formulario a _____

E.O. CODE						
Wh	Sp	Bl	AA	Al	O	F
1	2	3	4	5	6	7
P.L. ITEM						
Sp	Ch	J	K	F	O	
1	2	3	4	5	6	

- 5 YO/NOSOTROS ESTAMOS VIVIENDO ACTUALMENTE EN CALIFORNIA E INTENTAMOS CONTINUAR VIVIENDO AQUÍ. Si No, ponga los nombres de las personas que no intentan continuar viviendo en California y explique.

 Sí No

NOMBRE	EXPLICACIÓN

- 6 YO/NOSOTROS SOMOS CIUDADANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS. Si No, ponga los nombres de todos los que no son ciudadanos por quienes Ud. está pidiendo ayuda.

 Sí No

APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

- 7 ESTADO CIVIL ACTUAL DEL PADRE/MADRE DEL MUCHACHO QUIEN VIVE EN LA CASA: (Marque Uno)

Casado Nunca casado Concubinato
 Separado legalmente Separado informalmente Divorciado Viudo

Si su esposo/a no vive con Ud. indique las razones (empleo fuera del lugar del hogar, militar, encarcelado, etc.)

- 8 YO/NOSOTROS TENEMOS SEGURO MÉDICO PRIVADO O BENEFICIOS DE SEGURO DE SALUD a través de un empleo actual o pasado, sindicato (unión) o grupo de empleados. Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente.

 Sí No

TIPO DE PÓLIZA (Marque ✓)	NÚMERO DE LA PÓLIZA	COMPañÍA DE SEGURO	PERSONAS CUBIERTAS	PRIMA MENSUAL	PAGADA POR
<input type="checkbox"/> PÓLIZA INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> PÓLIZA DE GRUPO Nombre de los grupos					
<input type="checkbox"/> PÓLIZA INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> PÓLIZA DE GRUPO Nombre de los grupos				\$	

- 9 YO/NOSOTROS TUVIMOS GASTOS MÉDICOS EN CUALQUIER DE LOS TRES MESES ANTERIORES AL MES DE ESTA SOLICITUD.

 Sí No

¿Fue este servicio médico debido a un accidente en que los gastos serán pagados por otra persona? Si la respuesta es Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, complete lo que sigue: Sí No

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DEL TRATAMIENTO	COSTO DEL TRATAMIENTO	COSTO PAGADO POR NOMBRE (individuo o seguro)
		\$	
		\$	

- 10 YO/NOSOTROS SOY VETERANO O ESPOSO(A), PADRE/MADRE O HIJO(A) DE UN VETERANO.

 Sí No

- 11 YO/NOSOTROS HEMOS RECIBIDO O SOLICITADO ASISTENCIA PÚBLICA EN EL PASADO. Si la respuesta es Sí complete lo siguiente: Asistencia pública incluye AFDC (Ayuda a familias con niños dependientes), Estampillas para comida (Food Stamps), Medicare/Medi-Cal, SSI/SSP (Seguridad Suplemental de Ingresos/Programa suplementario estatal), o General Relief (Ayuda General). Incluya las solicitudes que hayan sido denegadas.

ASISTENCIA PÚBLICA	FECHA DE LA SOLICITUD	FECHA RECIBIDA O EN QUE SE ESPERA	DÓNDE FUE RECIBIDA ESTADO/CONDADO

PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE

 WR 6 WR 6
 WR 6 WR 6
 WR 6 WR 6

 WR 5

12 A. YO/NOSOTROS RECIBIMOS LOS SIGUIENTES INGRESOS TOTALES CADA MES.
Complete cada artículo.

ENTENOS INGRESOS TOTALES CADA MES.

Sí No

PARA USO DEL
CONDADO SOLAMENTE

FUENTE DE LOS INGRESOS	Si ninguno marque	He pedido	1 SOLICITANTE	2 ESPOSO(A)	3 OTRO MIEMBRO DEL HOGAR (Nombre)
	(✓)	(✓)	Cantidad Mensual	Cantidad Mensual	Cantidad Mensual
1. Ganancias antes de las deducciones de los miembros de 14 años o más de edad (salarios, propinas, comisiones, bonos, etc.).			\$	\$	\$
2. Asistencia pública o SSI/SSP			\$	\$	\$
3. Seguro de Desempleo			\$	\$	\$
4. Seguro de Incapacidad			\$	\$	\$
5. Compensación al trabajador			\$	\$	\$
6. Beneficios de veteranos			\$	\$	\$
7. Asignaciones militares			\$	\$	\$
8. Beneficios de leyes, GI			\$	\$	\$
9. Pagos de seguro social/ retiro de ferrocarril			\$	\$	\$
			NÚMERO DE PETICIÓN	NÚMERO DE PETICIÓN	NÚMERO DE PETICIÓN
10. Retiro y/o pensiones			\$	\$	\$
11. Soporte para niños y/o pensiones alimenticias (alimony)			\$	\$	\$
12. Contribuciones (de padres, de parientes innecesitados, hijos, otros)			\$	\$	\$
13. Rentas (tierras, edificios, vehículos) (Adjunte una hoja de papel con los gastos)			\$	\$	\$
14. Pagos de huésped (incluyendo parientes)			\$	\$	\$
15. Empleo propio/Ingreso agrícola (Adjunte una hoja de papel con los gastos)			\$	\$	\$
16. Asignaciones por entrenamiento			\$	\$	\$
17. Beneficios de huelga			\$	\$	\$
18. Becas escolares, donaciones, préstamos.			\$	\$	\$
19. Premios, regalos en efectivo, y recompensas.			\$	\$	\$
20. Ingresos por el cuidado de un niño ajeno			\$	\$	\$
21. Otros (especifique):			\$	\$	\$
22. Ingresos no en efectivo o dinero					
Renta gratis o vivienda gratis			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Comida gratis			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Servicios de gas, luz, agua gratis			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Ropa gratis			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Gastos \$ _____

Gastos \$ _____

B. YO/NOSOTROS RECIBIMOS O RECIBIREMOS INGRESOS CON MENOS FRECUENCIA QUE MENSUALMENTE. Si la respuesta es Sí complete lo siguiente (incluya intereses, dividendos, derechos, arreglos legales pendientes, reembolsos de impuestos, etc. etc.)

Sí No

NOMBRE	FUENTE DEL INGRESO	RECIBIDO (Trimestre, anual, etc.)	CANTIDAD
			\$
			\$
			\$

C. YO/NOSOTROS PAGAMOS EL SIGUIENTE SOPORTE PARA HIJOS O PENSIÓN ALIMENTICIA MENSUALMENTE POR MANDATO DE LA CORTE.

PARA USO DEL
CONDADO SOLAMENTE

Cantidad \$	Estado del mandato .
Fecha del mandato .	Pagada a
Condado del mandato .	Dirección

13 COMPLETE LO QUE SIGUE PARA LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE 16 AÑOS DE EDAD O MÁS QUE VIVEN EN LA CASA. A. Yo/Nosotros (16 años o más de edad) estamos trabajando actualmente. Sí No
Si la respuesta es Sí complete lo siguiente:

		1	2	3
1. Nombre de él que trabaja				
2. Nombre de la empresa que le emplea				
3. Dirección de la empresa que le emplea				
4. Días de trabajo mensuales		Días	Días	Días
5. Horas de trabajo	Por Semana	Horas	Horas	Horas
	Por Mes.	Horas	Horas	Horas
6. Cuando se paga	Con qué frecuencia (por semana, dos veces al mes, etc.)			
	Día de la semana			
7. Ganancia mensual total antes de las deducciones	Efectivo \$	\$	\$	\$
	No efectivo \$	\$	\$	\$

B. DEDUCCIONES Y GASTOS MENSUALES

1. Número de dependientes reclamados para la retención de impuestos			
2. Deducciones requeridas en la nómina (impuestos, seguro social, seguro de incapacidad, etc.) \$	\$	\$	\$
3. Contribución requerida para el retiro \$	\$	\$	\$
4. Costo real de las herramientas, materiales, licencias, y derechos sindicales (unión) que se requieren en el trabajo \$	\$	\$	\$
5. Costo al trabajador de comida adicional, ropa, y cosas personales que se requieren sólo para el trabajo. \$	\$	\$	\$
6. Costo por el cuidado de niños \$	\$	\$	\$

NOMBRE Y DIRECCIÓN de la persona que cuida al niño o del Centro para cuidar a niños.

C. TRANSPORTE AL Y DEL TRABAJO		Marque (✓)	Días	Marque (✓)	Días	Marque (✓)	Días
1. Método (Marque y diga el número de días por mes)	Uso carro propio	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Voy solo en carro	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Voy en carro común	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Pública (autobús, tren)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Otro (especifique)						
2. Millas diarias (ida y vuelta al trabajo y del cuidado de niños			Millas		Millas		Millas
3. Costo diario (ida y vuelta al trabajo y del cuidado de niños \$			\$		\$		\$

D. YO/NOSOTROS (16 años o más de edad) ESTAMOS ACTUALMENTE ASISTIENDO A LA ESCUELA O A UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO. Sí No
Si la respuesta es Sí complete lo que sigue:

NOMBRE	EDAD	NOMBRE DE ESCUELA O PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	CIUDAD	NÚMERO DE UNIDADES ESCOLARES

E. Yo/Nosotros trabajamos en los últimos 30 días, pero no estamos trabajando ahora.

Sí No

Yo/Nosotros estamos de huelga o con licencia temporal del trabajo.

Sí No

Yo/Nosotros dejamos de trabajar o rehusamos ir o fuimos despedidos del trabajo o del entrenamiento del trabajo en los últimos 30 días.

Sí No

Si Ud. responde Sí a alguna de las preguntas anteriores, complete lo siguiente:

NOMBRE	Nombre y dirección del empleo o del programa de entrenamiento	Último día de trabajo o entrenamiento M/D/Año	Cantidad del último pago	Horas de trabajo/entrenamiento en los últimos 30 días	RAZONES PARA DEJAR/ O PARA REHUSAR
			\$	Horas	
			\$	Horas	
			\$	Horas	

F. A fin de estar disponible para trabajar, ¿necesita Ud. u otro miembro de su familia de 16 años de edad o más, ayuda con el cuidado de un niño o de otras personas en su hogar?

Sí No

14 COMPLETE LO SIGUIENTE PARA EL PADRE DEL NIÑO(S) QUE ESTÁ DESEMPLEADO Y VIVIENDO EN LA CASA: Si no hay ninguno, marque (✓)

Recibió, o era elegible para recibir seguro de desempleo durante los últimos 12 meses.

Sí No

Ganó por lo menos \$50 o asistió 5 días o más para entrenarse en el trabajo en cualquier trimestre dentro de los últimos 20 trimestres. Si la respuesta es Sí, complete lo que sigue escribiendo el año y marcando (✓) los trimestres que correspondan:

Sí No

AÑO																				
TRIMESTRE	ENE MAR	ABR JUN	JUL SEP	OCT DIC																
Trabajo.																				
Entrenamiento.																				

15 YO/NOSOTROS TENEMOS UNO O MÁS BIENES.

Sí No

Si la respuesta es Sí, complete lo que sigue y dé el valor de cada bien. Bienes incluyen dinero en efectivo, ahorros, dinero en cuentas bancarias, acciones, bonos, notas, hipotecas, títulos de fideicomiso, contrato de ventas, inmuebles (tierras, casas, etc.), fondos de fideicomiso, seguro de vida o de entierro, etc.

BIENES	SOLICITANTE	ESPOSO(A)	OTROS MIEMBROS DE FAMILIA		
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$

16 YO/NOSOTROS POSEEMOS O USAMOS UNO O MÁS VEHÍCULOS MOTORIZADOS (carro, camión, motocicleta, etc.) Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:

Sí No

	1	2	3
Nombre del dueño o del usuario (si no es dueño, marque USO solamente)	USO SÓLO	[] USO SÓLO	USO SÓLO
Número de la licencia (placa) y Estado en que está registrado			
Cantidad pagada por la última licencia (placa) del vehículo	\$	\$	\$
Año, marca y modelo del vehículo	\$	\$	\$
Pagos mensuales	\$	\$	\$
Cantidad que se debe	\$	\$	\$
Compañía financiera	Nombre		
	Dirección		
Usado para el trabajo o rehabilitación o entrenamiento	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO

17 YO/NOSOTROS POSEEMOS O USAMOS PROPIEDADES CUYO PRECIO FUE DE NO MENOS \$100 CADA UNA O QUE AHORA VALEN NO MENOS DE \$100 CADA UNA (Incluyendo regalos).

\$100 CADA UNA

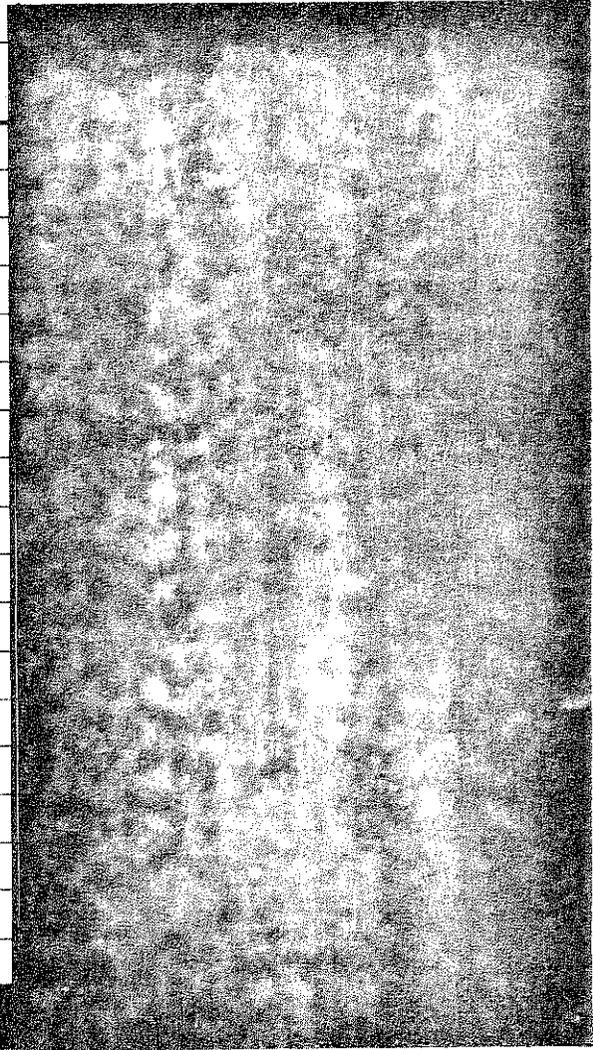
Sí No

Si la respuesta es Sí complete lo que sigue:

Incluya cosas tales como aparatos de casa (estufas, refrigeradores, congeladores, secadoras, lavadoras, lava platos, aire acondicionado, utensilios de la casa, televisores, estéreos, tocadiscos, máquinas grabadoras, equipo de jardinería y de limpieza, etc.); muebles de la casa, (camas, cómodas, armarios, sofás, mesas, sillas, escritorios, pinturas, cortinas, lámparas, alfombras, espejos, etc.); cosas para la rehabilitación/él trabajo (herramientas, máquinas, inventarios, etc.); otras propiedades personales (ganado o aves de corral, joyas, botes, vehículos para acampar, remolques, instrumentos musicales, herramientas eléctricas, etc.)

No ponga anillos o sortijas de matrimonio, ropa, o cosas que son alquiladas o construídas como parte de la casa en que Ud. vive.

BIENES MUEBLES	SI ES UN REGALO Marque (✓)	PRECIO DE COMPRA	FECHA DE COMPRA	CANTIDAD DEBIDA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				



18 YO/NOSOTROS POSEEMOS O ESTAMOS COMPRANDO BIENES INMUEBLES (Raíces)

Sí No

Ponga todas las tierras y edificios o casas que Ud. posea, en que tenga título de propiedad o en que Ud. participa como uno de los propietarios.

PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE

TIPO (tierra, casa, apartamento, etc.)		
USO (vivienda, para ingresos, inversión)		
DIRECCIÓN O LUGAR		
PROPIETARIO(S)		
COMPAÑIA HIPOTECARIA		
CANTIDAD QUE SE DEBE		

19 YO/NOSOTROS HEMOS VENDIDO O DISPUESTO DE BIENES MUEBLES O INMUEBLES DURANTE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS. Marque Sí, si Ud. ha vendido, transferido o regalado

Sí No

unos bienes inmuebles o muebles, tales como bienes monetarios, fondos de fideicomiso, cosas personales y de la casa, vehículos motorizados, botes, pólizas de seguro, etc.)

PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE

20) YO/NOSOTROS TENEMOS UNA O MÁS NECESIDADES ESPECIALES.

Sí No

PARA USO DEL
CONDADO SOLAMENTE

Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:

NECESIDAD ESPECIAL	NOMBRE	CANTIDAD MENSUAL
Transporte para tratamiento no disponible en la comunidad		
Servicio especial de lavandería		
Trabajo de casa (no hay miembros de la familia que puedan hacerlo)		
Equipo especial de teléfono (problemas auditivos)		
Uso excesivo de uno o más servicios (electricidad, gas, etc.)		
(CONDICIÓN MÉDICA Y NOMBRE DEL DOCTOR)		
Dieta terapéutica		

21) YO/NOSOTROS NECESITAMOS REEMPLAZAR COSAS ESENCIALES DE LA CASA, QUE SE HAN PERDIDO O DAÑADO DEBIDO A CIRCUNSTANCIAS NO USUALES, Y LAS QUE NO PUEDEN SER REEMPLAZADAS SIN COSTO PARA MÍ.

Sí No

Si la respuesta es Sí, explique debajo (incluya fecha, lugar y circunstancias de la pérdida). Ponga las cosas tales como ropa de cama, platos, utensilios de cocina, estufa, refrigerador, calentador, camas dobles, etc. y diga el valor de cada cosa.

22) SERVICIOS SOCIALES

A. Yo/Nosotros necesitamos información acerca de examen médico gratuito para niños que viven en mi casa. Los niños, hasta la edad de 21 años, tienen derecho a exámenes médicos periódicos, dentales, exámenes de ojos y de oídos, de sangre e inmunizaciones gratis. Continuación del tratamiento médico será proveída si es necesario. Su doctor o el departamento de salud local pueden proveer estos servicios a su familia.

Sí No

B. Yo/Nosotros necesitamos información acerca de los servicios gratuitos de planificación familiar. Ud. es elegible para este servicio que puede ayudarle a prevenir embarazos no deseados o a tener hijos solamente cuando Ud. los desee.

Sí No

C. Yo/Nosotros queremos hablar con un trabajador social acerca de otros servicios disponibles o acerca del transporte para obtener los servicios mencionados anteriormente.

Sí No

CERTIFICACIÓN

He recibido y he leído una copia de las instrucciones para completar la forma WR 2 y yo entiendo que estoy obligado(a) a notificar a mi trabajador(a) de elegibilidad inmediatamente de cualquier cambio en mi (y en el de los miembros de mi hogar que viven conmigo) fuente y cantidad de ingresos, posesión de bienes inmuebles, posesiones personales o gastos, el número de personas en mi hogar (incluyendo adultos sin parentesco) que viven conmigo, o de cualquier cambio de dirección, empleo o de situación de entrenamiento.

Yo entiendo que si no estoy satisfecho(a) con la decisión del condado en cuanto a mi solicitud para ayuda o asistencia, tengo el derecho de apelar la decisión ante el Departamento de Pagos de Beneficios (Department of Benefit Payments), 744 P Street, Sacramento, California 95814.

Yo entiendo que las declaraciones de hechos anteriores que he proveído en este formulario están sujetas a investigación y verificación y mi firma constituye una autorización para tales investigaciones.

Después de contestar todas las preguntas, usted y su esposo(a) u otro padre/madre del niño(s) viviendo en el hogar, deben firmar este formulario. Si Ud. hace una marca, un testigo debe firmar también. Un intérprete o alguien que complete este formulario para usted debe de firmar también.

YO DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES DE HECHOS ANTERIORES SUMINISTRADAS POR MÍ EN ESTE FORMULARIO SON VERDADERAS Y CORRECTAS.

FIRMA (O MARCA-CRUZ)	FECHA	DIRECCIÓN POSTAL (NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ETC.)
FIRMA DEL ESPOSO(A) U OTRO PADRE VIVIENDO EN LA CASA	FECHA	
		DIRECCIÓN DE LA CASA (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)
FIRMA DEL TESTIGO, INTÉRPRETE, O PERSONA QUE COMPLETE EL FORMULARIO POR EL SOLICITANTE	FECHA	

23 ¿PAGA ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA POR LAS COMIDAS, LA HABITACIÓN, O AMBAS? Si la respuesta es Sí, complete lo que sigue:

Sí No

PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE

NOMBRE (Apellido, nombre, e inicial)	MARQUE (✓)			CANTIDAD	¿CON QUÉ FRECUENCIA?		
	Cuarto	Comida	Ambos		Semanal	Mensual	OTRO

B. ¿Vive alguna de las personas en la casa para dar servicios de enfermero(a), quehaceres domésticos, o cuidado de niños para que Ud. u otros miembros de la casa puedan trabajar? Sí No
Si la respuesta es Sí, dé el nombre de esta persona: _____

C. ¿Viven algunas otras personas en la casa? Si es así, escriba los nombres y estados — por ejemplo, ¿Comparten la casa o la renta? ¿Viven como una unidad separada de su hogar? Explique completamente: _____

D. ¿Tiene Ud. un lugar donde preparar sus comidas donde Ud. vive? Sí No

E. ¿No puede Ud. o su esposo(a) preparar las comidas debido a problemas de salud? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿recibe Ud. las comidas de:
1. Programa de Comidas Llevadas a Casa (Meals on Wheels Program) Sí No 2. De un comedor público Sí No

F. ¿Es Ud. o algún miembro de su hogar, un asociado de algún centro de rehabilitación para personas adictas a drogas o alcohol? Si la respuesta es Sí, escriba el nombre _____ Sí No
¿Participa Ud. como un residente o no como residente?

24 GASTOS
Dé la siguiente información sobre los gastos de su hogar.
LISTE SÓLO LOS GASTOS QUE ACTUALMENTE SE PAGAN.
Los gastos pagados por otra persona o fuente se deben incluir.

CANTIDAD	CON QUE FRECUENCIA SE PAGAN					NÚMERO DE MESES QUE SE PAGAN
	Semanal	Cada dos Semanas	Dos veces al mes	Mensual		
1. VIVIENDA						
a. Pago de renta o hipoteca	\$					
b. Servicios de gas, luz, agua (si no están incluidos en renta)	\$					
(1) Combustible para calentar y cocinar (incluye leña)	\$					
(2) Electricidad	\$					
(3) Teléfono (pago básico por uno)	\$					
(4) Agua	\$					
(5) Alcantarillado y/o servicio de basura	\$					
c. Impuestos y amillaramiento (pagos anuales)	\$					
(1) Impuestos sobre la propiedad de casas	\$					
(2) Gravámenes especiales (si establecidos por ley)	\$					
d. Prima del seguro contra incendios de la casa	\$					
2. MÉDICOS						
a. Servicios médicos y dentales	\$					
b. Cuidado de hospital y enfermo(a)	\$					
c. Seguro de salud y medicare	\$					
d. Recetas de medicinas	\$					
e. Costo del transporte para servicios médicos	\$					
f. Otros (especifique) _____	\$					
3. EXTRAORDINARIOS						
a. Reemplazo o reparación de propiedad dañada o perdida por vandalismo, incendio, robo, inundación, tormenta, etc. (Explique en hoja adjunta, firme, y ponga la fecha)	\$					
b. Gastos de funeral pagados por un miembro del hogar (Explique en hoja adjunta, firme y ponga la fecha)	\$					
4. OTROS						
a. Pagos por el cuidado de un niño u otra persona cuando es necesario para que un miembro del hogar pueda salir a trabajar	\$					
b. Matrícula y derechos de educación (no incluya el costo de los libros y materiales)	\$					
(1) ¿Cuándo se pagó? _____						
(2) ¿Para quién se pagó? _____						
(3) ¿A quién se pagó? _____						
(4) Período que cubren los pagos: Desde _____ a _____						
c. Soporte o pensiones alimenticias ordenadas por la corte	\$					

5. ¿Hay alguna persona que no sea miembro de su casa que pague por alguno de estos u otros gastos? Si la respuesta es Sí, c... a siguiente información: Sí No

NOMBRE DE LA PERSONA (Apellido, nombre e inicial)	TIPO DE GASTO	CANTIDAD PAGADA
		\$
		\$
		\$

(25) ¿ESPERA UD. ALGÚN CAMBIO EN LAS CIRCUNSTANCIAS DE SU CASA U HOGAR? – Ingresos, recursos, arreglos en la forma de vivir, gastos u otras circunstancias – EN EL FUTURO PRÓXIMO? Si la respuesta es Sí, explique en detalle: Sí No

(26) SI SOY ELEGIBLE PARA LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA ME GUSTARÍA COMPRARLAS (marque uno):
 Dos veces al mes Una vez por mes

(27) YO/NOSOTROS QUISIÉRAMOS QUE EL COSTO DE LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA SE DESCONTARA DE NUESTRO CHEQUE DE BENEFICIOS O AYUDA. Sí No

CERTIFICACIÓN

Yo certifico que esta solicitud ha sido examinada por mí (o leída a mí) y que la información dada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Convengo en darle a la Oficina de Estampillas para Comida del Condado (County Food Stamp Office) la información necesaria para verificar cualquier declaración dada en esta solicitud y por la presente doy mi permiso para que se obtenga dicha verificación. También cooperaré completamente con el personal del Estado y del gobierno federal en la revisión para controlar la calidad de los beneficios concedidos, o sea, la revisión de los expedientes en los que se han concedido los beneficios de los programas a que se refiere esta solicitud.

Convengo en informar a la oficina de Estampillas para Comida del Condado dentro de los 10 días de los cambios en ingresos y/o en las deducciones siempre que dichos cambios alcancen un total de más de \$25.00 por mes dentro del periodo de elegibilidad, o de cualquier cambio en la composición de mi casa u hogar o de la forma de vida (living arrangement), y de cualquier cambio en cualquier información de las que he dado ya visto que dichos cambios puedan afectar la elegibilidad para comprar cupones para comida, o la cantidad que debe ser pagada por ellos.

Entiendo que cuando piense mudarme a otro condado o estado me puede ser posible la transferencia de mi elegibilidad para los cupones para comida siempre que yo reporte o notifique este cambio a la oficina de las estampillas para comida antes de mi salida y obtenga el documento de transferencia FNS-286.

ANTI-DISCRIMINACIÓN: Esta solicitud debe ser considerada sin relación ninguna a raza, color, creencias religiosas, origen nacional, o creencias políticas.

Yo entiendo que tengo el derecho a una audiencia si no estoy satisfecho(a) con la acción tomada en mi solicitud por la oficina de estampillas para comida. Yo puedo discutir la acción con el Departamento de Bienestar Social del Condado (County Welfare Department). Si no estoy satisfecho(a) con la discusión, yo puedo solicitar una audiencia por el Departamento de Pagos de Beneficios (Department of Benefit Payments). La solicitud puede ser escrita u oral, y debe decir por qué no estoy satisfecho(a). La solicitud debe ser recibida por la Office of the Chief Referee, DBP, 744 P Street, Sacramento, California 95814, dentro de los 90 días de la fecha marcada por correo en el sobre en que se me remitió la notificación de acción adversa con la cual no estoy satisfecho(a). Puede que tenga derecho a seguir recibiendo las estampillas para comida si yo solicito una audiencia dentro de los 10 días a partir de la fecha marcada por correos que se menciona anteriormente.

ANTES DE FIRMAR SU NOMBRE REVISE Y COMPRUEBE DE QUE CADA PREGUNTA APLICABLE A SU HOGAR HA SIDO CONTESTADA CORRECTAMENTE.

PENAS POR FRAUDE: La ley federal y estatal señala penas incluyendo una multa, prisión o ambas, para las personas que sean determinadas culpables de obtener estampillas para comida para las cuales no sean elegibles mediante declaraciones falsas; o

FALTA DE REPORTAR PRONTAMENTE CUALQUIER CAMBIO EN LAS CIRCUNSTANCIAS. Si la evidencia indica que tales personas han violado voluntariamente la ley, estas personas serán remitidas a las autoridades para una investigación y posible enjuiciamiento ante la corte.

CUALQUIER PERSONA QUE AYUDE a otra persona a obtener estampillas para comida fraudulentamente está sujeta a las mismas penas.

FIRMA DEL JEFE(A) DEL HOGAR	FECHA
FIRMA (REPRESENTANTE AUTORIZADO U OTRA PERSONA QUE COMPLETE LA SOLICITUD)	FECHA
<i>Si un representante autorizado completa la solicitud adjunte una autorización por escrito del jefe(a) del hogar o del esposo(a).</i>	
SI SE FIRMA CON UNA X, FIRMA DE TESTIGO	FECHA
FIRMA DEL TRABAJADOR(A) DE ELEGIBILIDAD QUE COMPLETE LA CERTIFICACIÓN	FECHA

Si Ud. quiere que otra persona compre sus cupones para usted, dé su nombre y dirección.

CERTIFICACIÓN DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

**INSTRUCCIONES IMPORTANTES A LOS SOLICITANTES Y RECIPIENTES
PARA COMPLETAR LAS DECLARACIONES DE HECHOS QUE LOS HACEN ELEGIBLES
PARA RECIBIR LA ASISTENCIA PÚBLICA (FORMULARIO WR 2)**

Complete cada casilla numerada o con letra. No se le puede conceder asistencia pública hasta que todas las preguntas hayan sido contestadas.

Si necesita ayuda para llenar este formulario, un amigo o pariente puede ayudarle; si tiene problemas con alguna pregunta, marque un círculo alrededor del número de la pregunta y conteste la siguiente pregunta. Después de completar este formulario, pida ayuda de su trabajador(a) de elegibilidad para contestar las preguntas que Ud. ha marcado con un círculo.

Use los recibos y documentos personales para contestar las preguntas y esté preparado(a) para mostrarlos como prueba de sus respuestas. Use cálculos sólo si Ud. no tiene y no puede obtener recibos y otros documentos. Haga el favor de hacer un círculo alrededor de todos los cálculos.

Las preguntas que comienzan con **YO/NOSOTROS** se refieren al padre/madre natural, adoptivo, casado, soltero o el pariente guardián necesitado, y a todos los niños menores por quienes Ud. solicita ayuda.

Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel, escriba los números de las preguntas y a lo que se refiere, y dé la información pedida.

**DECLARACIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES DE LOS SOLICITANTES
Y RECIPIENTES DE LOS BENEFICIOS**

SI SE LE CONCEDE AYUDA, UD. DEBE LLENAR MENSUALMENTE UN FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD (FORMULARIO WR 7), ADEMÁS, UD. DEBE REPORTAR LOS SIGUIENTES CAMBIOS A SU TRABAJADOR(A) (DE ELEGIBILIDAD):

1. Notifique si se muda o cambia su dirección postal.
2. Notifique si alguien en su casa:
 - se casa o se embaraza (pregnant) — si alguien en su casa deja de estar incapacitado(a)
 - vuelve a/o deja la escuela (drops out) — asiste a la universidad (college) menos del tiempo completo
 - comienza o deja de trabajar en un programa de — tiene un aumento o reducción de ingresos
entrenamiento
 - se muda a, o se muda de su casa — sale del estado o condado por más de 30 días
 - recibe dinero o propiedad de cualquier fuente tales como: reembolsos del impuesto de ingresos (income tax),
reembolsos de contribuciones al retiro, herencias de seguros, regalos, premios, beneficios, etc.
 - recibe, transfiere o vende cualquier bien inmueble o mueble, tales como un carro, televisor, refrigerador, casa,
seguro, etc.

SI UD. TIENE DUDAS SI DEBE DAR NOTICIA DE UN CAMBIO O NO, UD. DEBE PONERSE EN CONTACTO CON SU TRABAJADOR(A) INMEDIATAMENTE PARA DETERMINAR SI DICHO CAMBIO DEBE REPORTARSE.

Ud. será notificado(a) por escrito, de la decisión del departamento en su solicitud. Si su solicitud es denegada, se le darán las razones. Si Ud. no está satisfecho(a) con esa decisión o con la falta de acción del departamento de bienestar social del condado, o si cree que se le ha tratado de manera discriminatoria de cualquier forma, Ud. tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial y una decisión del Director del Departamento de Pagos de Beneficios. Su petición debe ser recibida en el Departamento de Pagos de Beneficios dentro de los 90 días a partir de la fecha marcada por correo en el sobre en que vino la decisión con la cual Ud. no está satisfecho(a). Ud. tiene el derecho de ser representado(a) por una persona de su selección, incluyendo un abogado. La solicitud para una audiencia debe ser presentada por escrito a **OFFICE OF THE CHIEF REFEREE, DEPARTMENT OF BENEFIT PAYMENTS, 744 P STREET, SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814.**

YO CERTIFICO QUE HE INFORMADO AL SOLICITANTE DE LA POSIBILIDAD DE PENAS CRIMINALES POR FALSIFICAR O ESCONDER LOS HECHOS QUE DETERMINAN SU ELEGIBILIDAD.

Firma del trabajador(a) de elegibilidad	Número del trabajador(a)	Fecha
---	--------------------------	-------

YO CERTIFICO QUE ESTOY EN CONOCIMIENTO DE LA POSIBILIDAD DE PENAS CRIMINALES POR FALSIFICAR O ESCONDER LOS HECHOS QUE DETERMINAN MI ELEGIBILIDAD.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

PARA TODOS LOS SOLICITANTES O RECIPIENTES DE AFDC

DECLARACIÓN DE LOS NUEVOS REQUERIMIENTOS FEDERALES EN EL PROGRAMA DE SOPORTE A HIJOS

1. Ud. tiene que obtener o cooperar en obtener un número de cuenta del Seguro Social por cada persona (con excepción de niños aún no nacidos) para quien Ud. solicita AFDC.

El obtener los números de Seguro Social (los SSN) es un requisito de elegibilidad requerido por la Sección 402(a)(25) de la Acta de Seguro Social.

El SSN se usará para suministrar el programa de AFDC.

2. La ley provee que:

- A. Ud. tiene que ceder al condado que le paga la asistencia cualquieres derechos de soporte que Ud. tenga. Esto incluye el derecho al soporte a hijos y al soporte al esposo(a) (alimony). Esto quiere decir que al recibir una subvención (pago) de AFDC sus derechos al soporte acumulado de todas las persona para quienes Ud. recibe asistencia se cederán automáticamente.
- B. Si éso aplica a su caso, Ud. tiene que cooperar con los oficiales de bienestar social y de la ley en proveer la información necesaria para determinar la paternidad, hallar el paradero del ausente padre o madre, y exigir la obligación del soporte. Ud. tiene que completar el formulario WR 2-1 (cuestionario sobre el Soporte a Hijos) o marcar la casilla apropiada indicando que Ud. vendrá a la oficina del Fiscal del Distrito para exponer una causa razonable por la cual se le debe dispensar su cooperación.

SI UD. NIEGA CEDER SUS DERECHOS AL SOPORTE O NIEGA COOPERAR:

1. Ud. si mismo(a) será inelegible para una subvención (pago) de AFDC;
2. La subvención de AFDC para los niños en su cuidado no se le pagará a Ud. La subvención se mandará a un representante calificado que pagará los gastos en vivir de los niños; y
3. Su caso será remitido al Fiscal del Distrito para recaudar el soporte sin tomar en cuenta su denegación.

Si actualmente yo no he obtenido número(s) del Seguro Social por todas las personas para quienes solicito AFDC, convengo en cooperar en obtener tal(es) número(s) por medio de solicitarlo(s) directamente de la Administración de Seguro Social.

Entiendo mis responsabilidades acerca del programa de soporte a hijos y la cesión de los derechos al soporte, y convengo en cooperar con el departamento de bienestar social (welfare) y el fiscal del distrito tal como sobredicho.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Niego ceder los derechos al soporte.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

**INSTRUCCIONES IMPORTANTES A LOS SOLICITANTES Y RECIPIENTES
PARA COMPLETAR LAS DECLARACIONES DE HECHOS QUE LOS HACEN ELEGIBLES
PARA RECIBIR LA ASISTENCIA PÚBLICA (FORMULARIO WR 2)**

Complete cada casilla numerada o con letra. No se le puede conceder asistencia pública hasta que todas las preguntas hayan sido contestadas.

Si necesita ayuda para llenar este formulario, un amigo o pariente puede ayudarle; si tiene problemas con alguna pregunta, marque un círculo alrededor del número de la pregunta y conteste la siguiente pregunta. Después de completar este formulario, pida ayuda de su trabajador(a) de elegibilidad para contestar las preguntas que Ud. ha marcado con un círculo.

Use los recibos y documentos personales para contestar las preguntas y esté preparado(a) para mostrarlos como prueba de sus respuestas. Use cálculos sólo si Ud. no tiene y no puede obtener recibos y otros documentos. Haga el favor de hacer un círculo alrededor de todos los cálculos.

Las preguntas que comienzan con **YO/NOSOTROS** se refieren al padre/madre natural, adoptivo, casado, soltero o el pariente guardián necesitado, y a todos los niños menores por quienes Ud. solicita ayuda.

Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel, escriba los números de las preguntas y a lo que se refiere, y dé la información pedida.

**DECLARACIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES DE LOS SOLICITANTES
Y RECIPIENTES DE LOS BENEFICIOS**

SI SE LE CONCEDE AYUDA, UD. DEBE LLENAR MENSUALMENTE UN FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD (FORMULARIO WR 7), ADEMÁS, UD. DEBE REPORTAR LOS SIGUIENTES CAMBIOS A SU TRABAJADOR(A) (DE ELEGIBILIDAD):

1. Notifique si se muda o cambia su dirección postal.
2. Notifique si alguien en su casa:
 - se casa o se embaraza (pregnant)
 - si alguien en su casa deja de estar incapacitado(a)
 - vuelve a/o deja la escuela (drops out)
 - asiste a la universidad (college) menos del tiempo completo
 - comienza o deja de trabajar en un programa de entrenamiento
 - tiene un aumento o reducción de ingresos
 - se muda a, o se muda de su casa
 - sale del estado o condado por más de 30 días
 - recibe dinero o propiedad de cualquier fuente tales como: reembolsos del impuesto de ingresos (income tax), reembolsos de contribuciones al retiro, herencias de seguros, regalos, premios, beneficios, etc.
 - recibe, transfiere o vende cualquier bien inmueble o mueble, tales como un carro, televisor, refrigerador, casa, seguro, etc.

SI UD. TIENE DUDAS SI DEBE DAR NOTICIA DE UN CAMBIO O NO, UD. DEBE PONERSE EN CONTACTO CON SU TRABAJADOR(A) INMEDIATAMENTE PARA DETERMINAR SI DICHO CAMBIO DEBE REPORTARSE.

Ud. será notificado(a) por escrito, de la decisión del departamento en su solicitud. Si su solicitud es denegada, se le darán las razones. Si Ud. no está satisfecho(a) con esa decisión o con la falta de acción del departamento de bienestar social del condado, o si cree que se le ha tratado de manera discriminatoria de cualquier forma, Ud. tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial y una decisión del Director del Departamento de Pagos de Beneficios. Su petición debe ser recibida en el Departamento de Pagos de Beneficios dentro de los 90 días a partir de la fecha marcada por correo en el sobre en que vino la decisión con la cual Ud. no está satisfecho(a). Ud. tiene el derecho de ser representado(a) por una persona de su selección, incluyendo un abogado. La solicitud para una audiencia debe ser presentada por escrito a **OFFICE OF THE CHIEF REFEREE, DEPARTMENT OF BENEFIT PAYMENTS, 744 P STREET, SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814.**

YO CERTIFICO QUE HE INFORMADO AL SOLICITANTE DE LA POSIBILIDAD DE PENAS CRIMINALES POR FALSIFICAR O ESCONDER LOS HECHOS QUE DETERMINAN SU ELEGIBILIDAD.

Firma del trabajador(a) de elegibilidad	Número del trabajador(a)	Fecha
---	--------------------------	-------

YO CERTIFICO QUE ESTOY EN CONOCIMIENTO DE LA POSIBILIDAD DE PENAS CRIMINALES POR FALSIFICAR O ESCONDER LOS HECHOS QUE DETERMINAN MI ELEGIBILIDAD.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

PARA TODOS LOS SOLICITANTES O RECIPIENTES DE AFDC

DECLARACIÓN DE LOS NUEVOS REQUERIMIENTOS FEDERALES EN EL PROGRAMA DE SOPORTE A HIJOS

1. Ud. tiene que obtener o cooperar en obtener un número de cuenta del Seguro Social por cada persona (con excepción de niños aún no nacidos) para quien Ud. solicita AFDC.

El obtener los números de Seguro Social (los SSN) es un requisito de elegibilidad requerido por la Sección 402(a)(25) de la Acta de Seguro Social.

El SSN se usará para suministrar el programa de AFDC.

2. La ley provee que:

- A. Ud. **tiene que ceder** al condado que le paga la asistencia cualquieres derechos de soporte que Ud. tenga. Esto incluye el derecho al soporte a hijos y al soporte al esposo(a) (alimony). Esto quiere decir que al recibir una subvención (pago) de AFDC sus derechos al soporte acumulado de todas las persona para quienes Ud. recibe asistencia se cederán **automáticamente**.
- B. Si éso aplica a su caso, Ud. **tiene que cooperar con los oficiales de bienestar social y de la ley** en proveer la información necesaria para determinar la paternidad, hallar el paradero del ausente padre o madre, y exigir la obligación del soporte. Ud. **tiene que completar** el formulario WR 2-1 (cuestionario sobre el Soporte a Hijos) o **marcar la casilla apropiada** indicando que Ud. **vendrá** a la oficina del Fiscal del Distrito para **exponer una causa razonable por la cual se le debe dispensar su cooperación**.

SI UD. NIEGA CEDER SUS DERECHOS AL SOPORTE O NIEGA COOPERAR:

1. Ud. si **mismo(a)** será **inelegible** para una subvención (pago) de AFDC;
2. La subvención de AFDC **para los niños** en su cuidado **no se le pagará** a Ud. La subvención se mandará a un representante calificado que pagará los gastos en vivir de los niños; y
3. Su caso será remitido al Fiscal del Distrito para recaudar el soporte sin tomar en cuenta su denegación.

Si actualmente yo no he obtenido número(s) del Seguro Social por todas las personas para quienes solicito AFDC, convengo en cooperar en obtener tal(es) número(s) por medio de solicitarlo(s) directamente de la Administración de Seguro Social.

Entiendo mis responsabilidades acerca del programa de soporte a hijos y la cesión de los derechos al soporte, y convengo en cooperar con el departamento de bienestar social (welfare) y el fiscal del distrito tal como sobredicho.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Niego ceder los derechos al soporte.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------